

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 80.

LA
SIGMOÏDITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Janvier 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RÉGNIER

Né le 13 Juin 1873, à Decize (Nièvre).

Ex-Interne à l'Hôpital Général de Dijon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 80.

LA
SIGMOÏDITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Janvier 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RÉGNIER

Né le 13 Juin 1873, à Décize (Nièvre).

Ex-Interne à l'Hôpital Général de Dijon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOLIER.
	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL ^{agrégé.}
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
CONDAMIN.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CHANDELUX.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

[M. BONDET, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;

MM. BOYER et POLLOSSON (A.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En reconnaissance de leur sollicitude, de leurs bontés

A MA FIANCÉE

Respectueux attachement

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BONDET

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR JABOULAY

Ancien Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Chirurgien des Hôpitaux.

Parvenu au terme de notre scolarité médicale, nous sommes heureux de trouver dans notre thèse l'occasion de dire à nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre reconnaissance.

Nos remerciements iront d'abord à M. le professeur Bondet qui, en voulant bien présider notre soutenance, nous fait un grand honneur, auquel nous sommes d'autant plus sensible que personnellement nous n'y avons aucun droit.

Nous prions M. le Dr Jaboulay de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour les bienveillants conseils qu'il nous a prodigués et pour la savante direction qu'il a consenti à donner à notre travail.

Nous remercions aussi nos maîtres de l'Ecole de Dijon dont nous avons été l'élève, et les médecins et chirurgiens de l'Hôpital dont nous avons été l'interne. Nous gardons un excellent souvenir des leçons cliniques de M. le Dr Morlot et nous n'oublierons jamais toutes les sympathies qu'il nous a témoignées en maintes circonstances.

M. le professeur Parizot nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt et nous a largement aidé dans la préparation de nos premiers examens. Nous le remercions des rapports faciles qu'il a bien voulu nous permettre avec lui.

Notre ami La Mouche, interne à l'hôpital de Dijon, a été pour nous un confrère. Nous lui renouvelons ici l'assurance de nos meilleurs sentiments en souvenir des deux années de notre internat commun.

INTRODUCTION

Depuis dix ans à peine la pathologie du gros intestin a subi une véritable transformation de certains de ses éléments, si bien que les données en faveur hier encore, n'ont plus aujourd'hui qu'une part restreinte de vérité. Tandis qu'en 1888, la typhlite stercorale avec sa conséquence presque habituelle, la pérityphlite, occupaient la place unique dans l'étude des inflammations localisées de la fosse iliaque droite, tandis que l'appendice iléo-cæcal était généralement considéré comme une quantité à peu près négligeable, actuellement, c'est ce dernier qui paraît être, pour ainsi dire, seul en cause. A en croire même certains auteurs, la typhlite ne s'observerait jamais, au moins primitivement.

Il est de fait que l'appendice a, de toute évidence, un rôle en pathologie, une importance de premier ordre; mais il ne faut pas pousser les choses à l'extrême et, par une tendance naturelle à l'exagération, nier à tout jamais l'existence de la typhlite.

Réduire son rôle est aujourd'hui une conséquence obligatoire, mais, malgré tout, la typhlite vraie existe et l'on peut même affirmer qu'elle n'est pas extrêmement rare.

La stagnation des matières fécales dans le cæcum, entretenue et favorisée par la constipation, caractérise la typhlite stercorale ou primitive.

La localisation au niveau du cæcum de certaines ulcérations (tuberculose, dysenterie, cancer, etc.) fait la typhlite secondaire.

Ainsi donc, le gros intestin peut, pour son propre compte, être le siège de lésions inflammatoires, et ce fait, il est possible de le vérifier et de l'étudier dans ses différentes portions. Nous avons restreint notre étude aux phénomènes susceptibles de se produire du côté de l'anse sigmoïde à la sigmoïdite elle-même signalée pour la première fois et si bien mise en lumière récemment par les travaux de M. le professeur Mayor, de Genève.

Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à grouper les notions éparses dans les publications médicales périodiques. Grâce à la bienveillante obligeance de M. le professeur Mayor qui nous a fait connaître ses idées personnelles et grâce aux savants conseils de M. le Dr Jaboulay, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu nous communiquer d'importantes observations, nous avons pu tenter ce travail d'ensemble que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos juges.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit sur la question ; d'autres plus autorisés que nous étudieront de façon plus complète ce que nous ne faisons que brièvement exposer.

D'ailleurs, nous n'avons eu qu'un but dans ce modeste travail : signaler l'existence d'une affection peu connue jusqu'ici. Nous étendre plus longuement sur les phénomènes observés eût été une redite fatale, puisque, par essence même, l'inflammation du côlon descendant se manifeste de la même façon que celle du côlon ascendant. La sigmoïdite n'est, en somme, que la typhlite étudiée et observée à gauche et les narrations pathologiques de ces deux affections n'ont que des traits communs.

Notre rôle est donc en somme réduit ; mais malgré cela, si nous avons une crainte au début de cette revue rapide, c'est celle d'être resté au-dessous de notre tâche et de n'avoir pas rendu notre travail assez digne des noms aimés ou respectés inscrits aux premières pages.

Nous diviserons notre étude en trois parties :

Dans un premier chapitre nous dirons dans quelles conditions se développe la sigmoïdite, faisant ainsi connaître son étiologie et sa pathogénie.

L'exposé des symptômes et la discussion du diagnostic feront l'objet de la seconde partie que compléteront quelques observations cliniques.

Le troisième chapitre comprendra les indications hygiéniques et thérapeutiques.

LA SIGMOÏDITE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Quand on consulte les quelques publications ayant trait à la sigmoïdite, on est frappé de l'uniformité des antécédents pathologiques des malades qui en font l'objet. On relève chez tous l'existence d'une constipation habituelle, une vie plutôt sédentaire et inactive et chez quelques-uns le fait, dans le passé, d'une affection à manifestation intestinale.

En effet, M. le professeur Mayor¹ revient avec insistance sur ces importantes notions que, comme le cæcum, comme le rectum, l'S iliaque sont un point où les matières intestinales subissent une sorte d'arrêt dans la progression qui les entraîne ; elle sert de réservoir aux matières fécales ; c'est une fonction reconnue de cet intestin que l'on a parfois nommée *le régulateur de la défécation*. Il est

¹ *Revue médicale de la Suisse romande* de 1893 : Communication du D^r Mayor.

facile, dit M. le professeur Mayor, de se rendre compte de la réalité de cette fonction, en observant les personnes qui possèdent la régularité de la selle matinale. Au réveil, le besoin de défécation n'existe généralement pas ; il apparaît après quelques instants, les vomissements péristaltiques qui se sont accentués ayant chassé jusque dans le rectum les matières fécales retenues plus haut. Chez certains individus, une première selle expulsée aussitôt au réveil, est suivie d'une seconde à un quart d'heure ou une demi-heure de distance : ici, l'S iliaque avait déjà envoyé une partie de son contenu au rectum ; celui-ci vidé, elle s'est déchargée définitivement, amenant une seconde fois le besoin de la défécation.

M. le professeur Mayor insiste avec raison sur ces données, mais il n'en conclut pas qu'il n'existe que des constipés iliaques. La constipation rectale existe, elle aussi, le toucher vaginal le démontre chaque jour. Mais les remarques qui précèdent confirment l'opinion qui fait jouer à l'S iliaque un rôle en tant que réservoir temporaire des matières fécales.

Cette fonction explique donc que le séjour un peu trop prolongé des matières puisse entraîner, soit par simple action mécanique, soit par inoculation accidentelle de matières septiques, une véritable inflammation des parois de ce réservoir.

Le D^r J. Pal¹ croit que l'infection est, en définitive, la cause réelle des inflammations sous-muqueuses et localisées des diverses régions du gros intestin, et en particulier de l'S iliaque. C'est, dit Pal, la qualité des matières

¹ *Wiener klin. Wochensch.*, 1897.

qu'il faut incriminer, ainsi que la faiblesse de résistance de certaines régions de la muqueuse, les flexuosités de l'intestin constituant des *loci minoris resistentiæ*.

Ainsi donc, constipation iliaque habituelle d'une part, défaut de résistance de la muqueuse intestinale favorisant l'infection locale d'autre part, telles sont les deux grandes données qui dominent l'étiologie de l'affection qui nous occupe.

Il est d'autres notions qui pourraient trouver place ici, mais comme nous devons y revenir au sujet des règles hygiéniques à prendre chez les constipés iliaques, nous pensons qu'il y a intérêt à ne pas les en séparer.

Il nous paraît plus important de discuter dès à présent un point capital de cette étude relatif à la pathogénie.

La sigmoïdite, comme la typhlite peut être légère; elle peut aussi, tout en prenant plus d'importance, rester simple encore; elle peut donner lieu à une përisigmoïdite, de même que la typhlite peut donner lieu à une përityphlite.

D'excellents auteurs ont à maintes reprises attiré l'attention sur les embarras du gros intestin chez les jeunes sujets comme chez les vieillards. Bien avant la théorie de l'appendicite, on savait que les maladies de l'intestin peuvent laisser après elles une disposition à une très mauvaise circulation intestinale. Les engorgements du gros intestin qui se traduisent par des embarras intestinaux variés peuvent s'accompagner de phénomènes d'infection intestinale de nature et d'intensité variables.

L'engorgement sigmoïdal, en particulier, est préparé par un défaut d'hygiène générale. Il peut avoir pour origine première une maladie de l'intestin comme la

fièvre typhoïde et comme toutes les formes de l'entéro-colite.

Le plus souvent, les accidents aigus de sigmoïdite ont été précédés d'une façon plus ou moins directe par des accidents chroniques ou subaigus. Les faits d'irritation intestinale, de constipation opiniâtre et de diarrhée sans motif ont précédé même l'explosion des poussées d'engorgement intestinal qui caractérisent plus ou moins l'obstruction intestinale, les vomissements, l'absence de selles et la douleur caractéristique de la fosse iliaque que nous étudierons tout au long avec les symptômes dans le chapitre suivant.

En cours de ces poussées d'engorgement, l'S iliaque et les tissus qui l'entourent peuvent s'infecter plus ou moins complètement. Cette infection peut évidemment se transmettre par continuité directe au péritoine environnant ou bien au tissu cellulaire. Mais il est plus probable — et c'est là l'opinion soutenue par le D^r Lucas Championnière¹ — que, dans ce cas, comme dans la plupart des transmissions de phénomènes inflammatoires, ce sont les lymphatiques nombreux de la région qui assurent la propagation de l'inflammation sous ces diverses formes.

Il y aurait même — ce nous semble — à établir une relation de cause à effet, entre l'engorgement intestinal et le régime alimentaire; nous nous réservons d'y revenir plus tard.

Ce qui importe, en ce moment, c'est la façon dont procède l'infection. Question de théorie pure, nous n'en dis-

¹ *Journal de médecine et de chirurgie pratiquées*, 1897 : Communication du D^r Lucas Championnière.

convenons pas, et qui pourrait être vaine si elle ne tenait pas sous sa dépendance toute la thérapeutique. Nous essaierons de l'établir à la fin de cette étude.

La pénétration dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins des bactéries qui constituent la flore normale ou qui sont les hôtes accidentels de l'intestin est une des grosses questions de la biologie et de la pathologie générale.

On sait depuis le mémoire de Pasteur, publié dans les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences* de 1863, que le sang d'un animal sain, recueilli en grande masse, avec pureté, se conserve indéfiniment sans subir de vraie putréfaction. Jusque dans ces derniers temps il fut unanimement admis que le sang circulant et les tissus profonds qu'il irrigue sont, à l'état normal, exempts de micro-organismes. Les travaux de Hauser ¹ de Fodor ² l'avaient surabondamment démontré.

A la suite de Flügge, des recherches de son élève Wyssokowitsch et d'Orloff, l'épithélium intestinal fut considéré comme une barrière absolue à la pénétration des bactéries habituelles de l'intestin et même de beaucoup de microbes pathogènes qui pouvaient s'y trouver fortuitement. Sans doute les germes pouvaient arriver jusque dans la profondeur des follicules glandulaires, mais pas au delà (expériences de Ribbert et Bizzozero sur le lapin et le chien).

Depuis, des recherches ont été tentées à l'instigation de M. Nocard par MM. Desoubry et Porcher. Les résul-

¹ Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen im lebenden Gewebe gesunder Thiere (*Archiv für exper. Patholog. und Pharmak.*, 1883).

² Ueber Bakterien im Blute des gesunden Thieres, 1885.

tats obtenus par eux ne sont pas en complète concordance avec les idées des auteurs précédents, mais comme eux-mêmes ne concluent pas d'une façon certaine, il vaut peut-être mieux admettre que, dans l'état normal, les microbes de l'intestin n'en franchissent pas la paroi.

Mais, jusqu'où va ce pouvoir protecteur? Il est certain que bien des circonstances pathologiques peuvent l'annihiler. On sait que l'entérite tuberculeuse primitive par exemple amène secondairement la tuberculose du canal thoracique, ainsi que l'a montré Pautik.

Dans ces dernières années, on a très fréquemment décrit, à la suite d'entérites violentes ou prolongées, des infections de l'organisme. Il est donc naturel de chercher la porte d'entrée de l'infection dans la muqueuse intestinale dont un processus morbide grave a modifié la constitution anatomique et les propriétés biologiques.

C'est alors qu'il convient d'incriminer les lymphatiques et de leur faire jouer, dans cette infection générale ou locale, le rôle prépondérant. Le Dr Beco¹ cite à ce propos le fait d'une jeune fille de seize ans ne présentant dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde dans l'enfance et une attaque de rhumatisme articulaire aigu à dix ans sans récurrence. Depuis cette époque, la santé était parfaite, la menstruation s'était établie normalement. Le 30 mai 1896, s'étant couchée bien portante, elle se réveille subitement dans la nuit avec de violentes douleurs abdominales et de la tendance au collapsus. Le lendemain on constatait des signes évidents de péritonite avec obstruction intestinale complète. Deux jours après, on amène la malade dans le

¹ *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, 1897 (Communic. du Dr Beco).

service du professeur von Winiwarter où elle subit la laparotomie. Alors qu'on s'attendait à voir une appendicite perforée, on se trouve en présence d'une petite quantité de liquide rougeâtre, louche, épanchée dans le péritoine, et d'un groupe de ganglions mésentériques en état d'inflammation aiguë. Un de ces ganglions renfermait, à son centre une collection purulente qui s'était ouverte, amenant un volvulus inflammatoire de la péritonite. Le pus de l'abcès et l'exsudat péritonéal ne contenaient ni anaérobies, ni bacilles tuberculeux, mais une culture pure de *staphylococcus pyogenes albus*.

Chez cette femme en pleine santé, conclut le Dr Beco, il existait donc une adénite mésentérique latente et il ne paraît pas que l'on puisse chercher ailleurs que dans l'intestin la porte d'entrée du staphylocoque.

De tout ceci, si nous voulions tirer une donnée pathogénique catégorique, nous dirions que, à la faveur d'une constipation habituelle, l'anse sigmoïde, qu'une atteinte antérieure a pu déjà mettre en état de moindre résistance, se laisse envahir par le processus infectieux qui s'étend rapidement et aisément par les lymphatiques aux tissus et organes de la région. De là, le processus peut évidemment se généraliser ; mais alors c'est affaire d'envahissement de l'organisme : nous étendre sur ce chapitre serait sortir de notre cadre.

Deux mots peuvent à eux seuls résumer tout ce que nous venons de dire : irritation locale et infection plus ou moins étendue.

On comprendra que toutes les circonstances susceptibles de favoriser ces deux conditions majeures seront aussi

capables de provoquer la sigmoïdite ou d'en augmenter les manifestations.

C'est ainsi que l'on verra plus volontiers la sigmoïdite chez des gens adultes pour lesquels l'hygiène personnelle est encore un problème et non pas une règle. La vie sédentaire, le manque d'exercice, l'alimentation riche et copieuse seront autant de causes prédisposantes qu'à l'occasion viendront renforcer les atteintes antérieures dont aura été frappé l'S iliaque.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici de l'agent microbien à incriminer dans les cas de sigmoïdite. MM. Mayor et Gaillard n'ont entrepris à ce sujet aucune recherche et nous-même n'en avons pas tenté. Il est presque certain que le grand rôle revient au colibacille, inoffensif quand il provient d'un intestin normal, mais très actif quand il est retiré d'un intestin malade, et dont la virulence apparaît même à la suite d'une constipation opiniâtre.

Les expériences de Laruelle, Tavel et Lan⁷ ont montré que le coli-bacille injecté à doses fortes dans le péritoine des cobayes amène une péritonite purulente. La clinique, de son côté, permet de constater que la plupart des péritonites qui ont pour point de départ une lésion de l'intestin sont produites par le *Bacterium coli commune*.

C'est le coli-bacille qu'on retrouve dans la péritonite herniaire. Barbacci l'a constamment rencontré dans les péritonites consécutives à des perforations intestinales, chez l'homme aussi bien que chez le chien. Suivant cet auteur, de nombreuses bactéries se développeraient après la pénétration des matières fécales dans le péritoine ; mais au bout d'un certain temps, seul survivrait le coli-bacille et quelquefois le diplocoque encapsulé de Fränkel.

Dans les péritonites consécutives aux appendicites, c'est encore le *Bacterium coli-commune* qu'on rencontre. Il n'est donc pas téméraire de supposer que, dans les cas de sigmoïdite, c'est également cet hôte habituel de l'intestin qu'il faille accuser. Cette supposition reste évidemment inférieure à une recherche microbiologique, mais celle-ci ne nous a pas été possible, le pus provenant des malades opérés n'ayant jamais été recueilli en vue d'un examen.

Dans certains cas de typhlite, on a trouvé le streptocoque à l'état de pureté. Il est probable qu'on pourrait aussi le rencontrer dans des cas de sigmoïdite.

CHAPITRE II

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC — OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous avons essayé de montrer dans les pages qui précèdent que, sous l'influence d'une coprostase qui l'infecte, la muqueuse de l'S iliaque peut s'enflammer primitivement et que, de là, le processus peut s'étendre aux autres tuniques et à toute la région. Il nous faut dire maintenant par quels symptômes l'affection se révélera au clinicien qui l'observe.

Le plus souvent la sigmoïdite débute après quelques jours ou après quelques heures de malaise, de dyspepsie, d'inappétence, d'irrégularité dans les garde-robes, quelquefois de constipation rebelle. Le malade éprouve, dans la fosse iliaque gauche une douleur d'abord vague, puis plus nettement accusée et qui ne tarde pas à s'irradier dans le reste de l'abdomen, mais sans acquérir, d'ordinaire, une grande acuité ; le ventre se ballonne et le cours des matières et des gaz se trouve momentanément suspendu. Il y a quelquefois un ou deux vomissements ou simplement quelques nausées ; l'anorexie est absolue et la langue saburrale.

La fièvre peut manquer complètement; cependant il est habituel de noter une certaine fréquence du pouls et une élévation de température de 1 ou 2 degrés. Dans la forme la plus légère, les accidents cessent d'eux-mêmes ou à l'aide d'un purgatif ou de quelques lavements; les malades ont une abondante évacuation de gaz et de matières, puis tout rentre dans l'ordre; à peine subsiste-t-il un peu de sensibilité à la pression dans la région iliaque. C'est alors la sigmoïdite simple, sans retentissement réel de l'inflammation sur le péritoine.

Mais quelquefois — et on le verra au cours de nos observations cliniques — les choses n'en restent pas là. Après un début analogue au précédent, les douleurs deviennent très vives, la pression sur tout le ventre, mais surtout sur la fosse iliaque gauche, est très pénible; il y a des vomissements; le ballonnement est considérable et la constipation est tellement complète que l'on peut croire à une véritable occlusion intestinale.

A la palpation, on trouve un abdomen tendu et douloureux, surtout vers la région iliaque gauche; la pression est très pénible à ce niveau et aussi sur tout le trajet du côlon descendant.

Si le ballonnement n'est pas trop prononcé, on perçoit, au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque, soit une plaque indurée large comme la paume de la main, soit le plus souvent un véritable boudin caractéristique, indiquant la réplétion de l'iliaque enflammée par des matières plus ou moins dures. Pour le diagnostic de la typhlite, M. F. Glénard¹ (de Lyon), conseille un mode de

¹ Glénard, Palpation de l'intestin dans les maladies de la nutrition (*Revue theor. et prat. des mal. de la nutrition*, 1894).

palpation spécial qu'il appelle procédé de glissement et qui nous paraît pouvoir être appliqué aussi à la sigmoïdite. Ce procédé consisterait, dans ce dernier cas, à déprimer la paroi abdominale suivant une ligne verticale parallèle à l'S iliaque et située en dehors de son siège présumé, puis à faire glisser la ligne de compression sur les plans sous-jacents de dehors en dedans et dedans en dehors. Cette manœuvre permet d'accrocher les bords de l'organe malade et de reconnaître l'existence d'une tumeur qui, par le mode de palpation habituelle, resterait ignorée.

La constatation du boudin est fort importante. M. Talamon a contesté sa valeur dans la typhlite, car dit-il, le boudin peut s'observer aussi dans les cas d'appendicite. On comprend que, lorsqu'il est question de sigmoïdite, la présence du boudin garde par raison anatomique toute sa valeur seméiologique.

La percussion révèle de la matité ou de la submatité qui cependant peut faire défaut ou être même remplacée par une sonorité hydroaérique due au mélange des liquides et des gaz dans l'S iliaque distendue.

Le malade est le plus souvent obligé de s'aliter dès le début. Il se place instinctivement dans le décubitus dorsal avec légère flexion des cuisses, attitude qui diminue la tension de l'abdomen.

Un purgatif, en évacuant l'intestin, peut faire disparaître la tumeur et tous les accidents qui en résultent. Cette terminaison heureuse est fréquente. Si la constipation persiste au contraire, l'obstruction intestinale devient absolue. Le tympanisme augmente, l'état général devient mauvais et le malade pourrait évidemment mourir par le fait de son obstruction.

Le plus souvent la suppuration s'annonce par de la fièvre, des frissons, des sueurs, alors si l'on n'intervient pas : ou bien l'évacuation de la collection purulente se fait dans l'S iliaque elle-même (ce qui est un mode favorable de terminaison) ou bien le pus tend à fuser vers la paroi abdominale. Si l'on ouvre à temps le malade guérit par formation d'un anus contre nature.

Dans les cas malheureux, le foyer se vide incomplètement, des fistules semblant intarissables s'établissent, et le malade ne pouvant pas faire les frais de sa suppuration s'infecte et succombe miné par la fièvre hectique.

Telle est dans son ensemble la marche habituelle de la sigmoïdite. On voit qu'à part le boudin stercoral — souvent difficile d'ailleurs à trouver — il n'est rien qui la caractérise bien nettement. Cependant nous croyons devoir encore insister sur ce fait que le début n'en est pas très aigu. La douleur est d'abord vague, sourde et progressive ; elle n'a rien de cette douleur brusquement intense de l'appendicite qui, elle, éclate « comme un coup de pistolet » (Roux).

Malgré tout, il est bien des cas où le diagnostic nous semble devoir être difficile ; il faut alors y regarder de très près. La fièvre, la réaction générale permettront le plus souvent d'éliminer, sinon dès les premières heures, du moins dès les premiers jours, le simple engorgement stercoral et cette affection spéciale que Glénard a décrite sous le nom de *cordon sigmoïdal*.

Dans l'adénite iliaque la tumeur est plus rapprochée du pli de l'aîne ; l'on trouve généralement, soit dans l'état général du sujet, soit dans le voisinage de la région, la raison d'être de cet engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic paraît plus encombré quand il s'agit d'un phlegmon iliaque. Cependant avec ce dernier la réaction générale est plus intense, la fièvre est plus vive; à la palpation, on sent aussi une plaque plus étendue, plus compacte, plus envahissante.

Enfin, chez la femme, il semble que la grosse difficulté du diagnostic doive être avec les affections des organes du petit bassin. Rien de plus facile à concevoir qu'une confusion entre la sigmoïdite et la salpingite gauche. Aussi faut-il toujours pratiquer le toucher vaginal et le toucher rectal et ne conclure alors qu'en connaissance de cause.

Avant d'en finir avec le diagnostic, nous dirons aussi que, lorsqu'elle survient chez des personnes âgées ou cachectiques, la sigmoïdite en impose pour un néoplasme. Un cas de M. Mayor et deux observations de MM. Gangolphe et Jaboulay sont, à cet égard, absolument typiques. C'est pour éviter cette erreur que M. L. Revilliod¹ recommande, lorsqu'on a constaté la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, de rechercher sur le trajet du gros intestin s'il n'y a pas ailleurs quelques duretés semblables, tantôt distantes les unes des autres, tantôt rapprochées en chapelet. Dans ce cas on éloignera l'idée d'une tumeur réelle, les cancers de l'abdomen n'étant pas ainsi disséminés; à plus forte raison, si ces nodosités se dissipent, ce qui se voit. Ainsi s'explique, ajoute M. L. Revilliod, la curabilité de ces tumeurs qui ont disparu après avoir été constatées d'une manière indubitable.

L'erreur est d'autant plus aisée à comprendre, que le cancer de l'intestin peut ne retentir sur l'état général

¹ *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893.

qu'à sa dernière période. Ce n'est pas sans surprise qu'on découvre une tumeur de l'abdomen ou du bassin chez un sujet dont la santé paraissait excellente.

De plus, parmi les manifestations initiales du cancer intestinal, la plus commune est la constipation qui peut durer des semaines ; et cette constipation nous l'avons signalée déjà comme étant pour ainsi dire la raison pathogénique de la sigmoïdite. La méprise entre les deux affections est donc facile. Il faut toujours songer, dans ces cas de tumeur de la fosse illiaque gauche, au néoplasme de l'anse sigmoïde, qui après celui du rectum est peut-être la localisation la plus fréquente des cancers que l'on observe dans l'ensemble du tractus intestinal. On ne négligera pas la recherche des ganglions lymphatiques tuméfiés, même à la région sus-claviculaire gauche (signe de Troisier). Nous rappellerons enfin que, pour atteindre un cancer de l'S iliaque, Billroth n'hésita pas à introduire dans le rectum la main tout entière, et put ainsi arriver sur un anneau dur et étroit caractéristique.

OBSERVATION I.

Communiquée par M. le D^r Mayor¹.

M^{me} R... trente-deux ans. Sans antécédents de famille importants ; n'a jamais eu de grossesse. Elle est habituellement bien portante, mais plutôt maigre. Ses digestions sont un peu pénibles, et elle est constamment constipée.

¹ *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1893.

Depuis un mois la constipation est devenue plus rebelle. En même temps les douleurs que, depuis une époque qu'il est impossible de lui faire déterminer, elle éprouvait dans la fosse iliaque gauche, sont devenues presque continues. L'appétit a disparu, l'amaigrissement s'est accentué et elle a fini par se mettre au lit, soit parce que ses douleurs augmentaient après quelques heures de station debout, soit à cause de son état de faiblesse. Jamais de selles sanglantes, jamais de vomissements. Pas de signes d'affection cardiaque ou pulmonaire.

Rien d'anormal du côté des urines.

La malade est amaigrie ; son ventre n'est nullement ballonné ; partout il est souple. Le foie dépasse un peu le rebord des fausses côtes. La rate est normale.

Au palper abdominal, on sent, couché dans la fosse iliaque gauche, dans la région qu'occupe normalement l'S iliaque, un corps cylindrique, du volume d'un boudin dont l'extrémité supérieure semble se perdre un peu au-dessus de la crête iliaque en se continuant avec le colon descendant, tandis que son extrémité inférieure plonge dans le petit bassin. Ce cylindre offre une limite supérieure assez nette ; il est douloureux à la pression, et mobile sur la fosse iliaque.

Le toucher rectal, non plus que le toucher vaginal, n'indique rien d'anormal.

Pas de fièvre.

La malade ayant employé les cataplasmes et disant en éprouver quelque soulagement, on lui conseille de les continuer, de garder le repos au lit, de se nourrir exclusivement de lait, de bouillon, de bouillies ou de purées sous forme de soupe. Chaque jour elle prendra, au lit, un

grand lavement d'eau de mauves tiède. On n'avait du reste pas grande confiance dans ce traitement qu'on instituait à titre purement palliatif ; car on pensait qu'il y avait grande probabilité pour que la tumeur cylindrique dont on constatait la présence dans la fosse iliaque, fût de nature épithéliomateuse.

Deux jours après, il y avait une amélioration évidente dans les phénomènes douloureux ; les lavements amenaient régulièrement l'expulsion de quelques matières dures, ovillées. Les signes physiques ne se modifiaient cependant pas encore.

N'insistons pas sur la suite de l'observation qui est d'une monotonie désespérante ; disons seulement que, assez rapidement, sous l'influence du repos, les douleurs cessèrent. Le boudin intestinal s'amollit, puis diminua graduellement de volume. L'appétit revint.

Après un mois la malade se levait : sa nourriture était plus variée, en ce sens qu'on y avait ajouté les œufs et les viandes pulpées. L'intestin était devenu plus souple, néanmoins, il existait encore un certain épaissement de ses parois.

Après deux mois M^{me} R... avait repris sa vie ordinaire, s'occupait de son ménage, tout en portant, suivant le conseil du D^r Mayor, une ceinture de flanelle qui immobilisait l'abdomen : elle avait continué les lavements qui amenaient chaque jour des matières plus volumineuses, plus molles. Les aliments étaient toujours pris sous la forme de pulpes, de purées, de bouillies, etc. Les parois intestinales paraissaient encore un peu indurées.

A quelques années de là, M^{me} R... fut revue parfaitement bien portante, quoique toujours maigre. Elle avait repris

l'alimentation commune, ne souffrait plus de son intestin, mais surveillait attentivement la régularité de ses selles. A l'examen, l'S iliaque n'avait peut-être pas une souplesse absolument normale, mais elle n'était pas plus dure cependant que ce n'est le cas chez beaucoup d'entéroptosés au début de leurs accidents.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. le Dr Mayor.)

Le jeune malade M. R... est âgé de quatorze ans. Il est légèrement anémique, peut-être un peu lymphatique, bien qu'il n'ait jamais présenté d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, non plus que d'autres signes évidents de scrofule. Il n'a pas d'autres maladies dans ses antécédents que la rougeole, la varicelle et la coqueluche. Il y a deux ans, il a été pris d'une paralysie infantile qui a porté spécialement sur les membres du côté droit, et s'est localisée ensuite dans le membre inférieur, où elle a laissé, comme lésion définitive, un affaiblissement très marqué du groupe musculaire antéro-externe de la jambe. A part cette légère infirmité, M. R... jouit d'une bonne santé, mais il n'a jamais de selles régulières, et reste souvent deux jours sans aller au cabinet; il va sans dire que cette question ne le préoccupe que médiocrement.

La veille du jour où le Dr Mayor est appelé auprès de lui, il a senti quelques douleurs dans le bas-ventre. Les douleurs se sont accentuées pendant la course de 2 kilomètres qu'il fait à pied pour revenir du collège jus-

qu'à son domicile : elles lui semblaient cependant localisées dans le côté gauche de l'abdomen. Arrivé chez lui il était mal à l'aise, subfébricitant et écoeuré. Inappétence absolue le soir.

Le lendemain matin, la région iliaque gauche est particulièrement douloureuse. Quand il veut se lever, il a quelques vomissements bilieux. On le remet au lit, et, dans la journée, on ne lui donne comme nourriture qu'un peu de bouillon.

Le soir, il est immobile dans son lit, la cuisse gauche légèrement fléchie sur le bassin. La fièvre est légère ($38^{\circ},5$) ; il y a un certain degré d'écoeurement ; la langue est saburrale, humide. Le ventre, légèrement ballonné, est resté souple et ne présente nulle part de résistance spéciale. Mais, au niveau de la fosse iliaque gauche, la pression est douloureuse, et les muscles semblent se contracter dans un mouvement de défense réflexe ; il n'y a cependant aucune tuméfaction localisée. Pas de signes d'obstruction ; il n'y a, il est vrai, pas de selles, mais il y a eu expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide.

On prescrit le repos au lit avec cataplasmes sur la région douloureuse et, pour le lendemain, une petite dose d'huile de ricin.

Cette huile, bien tolérée, amène, avec des douleurs assez vives, quelques selles, dont les premières sont dures. L'attitude du malade reste la même ; le ventre est moins ballonné, mais la fosse iliaque se défend toujours.

Dans les jours suivants la fièvre continue, modérée (38 à $38^{\circ},5$ le soir ; $37^{\circ},6$ à 38 le matin). La langue reste blanche. On fait donner un lavement chaque soir ; on

continue l'alimentation exclusivement liquide, le repos au lit et les cataplasmes.

Quatre jours après le début des accidents, la cuisse a repris son attitude normale ; mais, dans la fosse iliaque, autour de la région qu'occupe l'intestin, se développe une tumeur, inégale à la surface, faisant penser à une masse ganglionnaire. Cependant, d'une part, cette tumeur n'est point mate à la percussion ; d'autre part, ni sur le membre inférieur, ni dans les régions pelviennes, on ne trouve le point de départ possible d'une adénite iliaque. Puis, cette masse devient considérable, plus superficielle. Elle occupe la plus grande partie de la fosse iliaque et s'avance dans la cavité abdominale au-dessus de l'aîne du petit bassin. A son niveau, quoique la sonorité soit un peu diminuée, il n'y a pas de véritable matité. Elle est douloureuse au début ; mais, très promptement, cette douleur disparaît, en même temps que la fièvre tombe, que la langue se nettoie, que l'appétit revient.

Continuation du repos au lit ; bouillon, lait, purées.

Régularité des selles assurée par des lavements.

Cataplasmes et onctions d'onguent napolitain belladonné.

Peu à peu la tuméfaction commence à diminuer. Cette diminution s'accroît assez rapidement ; six semaines après le début de la maladie, il ne reste plus dans la fosse iliaque qu'une petite masse dure, allongée, qui suit exactement le trajet de l'S iliaque, comme s'il s'agissait d'un épaississement de la paroi de cet intestin.

Applications de teinture d'iode sur la région malade. Port d'une ceinture de flanelle avec laquelle le patient se lève. Pendant longtemps il reste à l'alimentation demi-molle évitant tout ce qui peut arriver à l'état de débris

inaltérés jusqu'à l'intestin iliaque. Lavements journaliers.
Huile de foie de morue.

Deux mois après le début de l'accident, la santé générale est parfaite, la fosse iliaque tout à fait souple.

Chez le malade de cette observation, dit M. le professeur Mayor, l'idée d'une adénite iliaque ne peut se soutenir. L'absence presque complète de matité au niveau de la tumeur, l'absence des causes habituelles d'une adénite aiguë accidentelle, la marche de la maladie, si différente de ce qu'elle aurait été en cas d'affection scrofuleuse ou tuberculeuse, s'opposent à ce qu'on cherche dans les ganglions iliaques la cause des accidents.

Quant au phlegmon iliaque, auquel la flexion de la cuisse aurait pu faire songer, on sait qu'il se distingue de la péritonite iliaque justement par le fait que cette dernière se présente sous forme d'une tumeur bosselée, sonore, assez superficielle d'abord, mais qui n'envahit jamais la paroi abdominale au-dessus de l'arcade pubienne. Ce sont justement là les caractères qu'a présentés l'affection du petit malade et c'est pourquoi on avait conclu au diagnostic de péritonite iliaque que les événements ont permis ensuite de rattacher à l'iliaque elle-même.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le D^r Mayor.)

E. A., onze ans, quoiqu'un peu grêle d'aspect, est habituellement bien portant. Les antécédents de famille sont irréprochables; il n'a, jusqu'à présent, pas eu d'autres

maladies que la rougeole et la scarlatine. Il ne présentait aucun signe d'altération de la santé générale, lorsqu'un jour il revint de l'école avec un point douloureux très vif siégeant dans le bas-ventre et à gauche. Comme il est habituellement constipé, qu'il lui arrive fréquemment d'oublier pendant plusieurs jours d'aller à la selle, que, dans le cas particulier, il ne se rappelait pas avoir été au cabinet la veille, sa mère, dès le lendemain matin, lui administre un purgatif qui amène une selle dure, abondante, suivie de plusieurs garde-robes liquides. L'enfant paraît soulagé. Il retourne le lendemain à l'école, mais il en revient souffrant plus vivement, ayant de la fièvre, refusant toute nourriture.

Appelé le jour suivant dès le matin, M. Mayor trouve une fièvre assez vive ($39^{\circ}5$ dans l'aisselle); le ventre est un peu ballonné, généralement douloureux, avec prédominance des douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, la paroi abdominale semble résister; elle n'est cependant pas infiltrée en plastron, mais, outre un peu de contracture musculaire, il y a une véritable tuméfaction assez superficielle, quoique sous-jacente à la paroi; cette tuméfaction occupe toute la fosse iliaque gauche; à ce niveau, la sonorité abdominale est diminuée, quoiqu'elle ne soit point entièrement abolie. Pas de rétraction de la cuisse, quelques nausées, mais pas de vomissements; pas de selle hier, mais expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide : le cœur, les poumons (pour autant qu'on en peut juger par leur face antérieure), les organes abdominaux, les urines, ne présentent aucun signe d'altération.

Repos au lit, cataplasmes, alimentation liquide froide.

Le lendemain, même état; la fièvre continue ($39^{\circ}5$ le

matin, 40 le soir). Pas de selles. Le ballonnement n'augmente pas.

Le surlendemain, un lavement donné prudemment amène des matières peu consistantes; et, de ce jour, s'établissent des selles quotidiennes, ou biquotidiennes, légèrement diarrhéiques. La fièvre continue avec la même intensité; le ventre est toujours douloureux; il paraît plus gonflé; l'enfant s'alimente mal.

La tuméfaction, qui siège dans la fosse iliaque gauche, augmente graduellement en volume; elle finit par déterminer une saillie évidente de toute la moitié gauche du ventre. Cette tuméfaction remonte jusqu'au niveau de l'ombilic; au-dessous de ce point, elle dépasse la ligne moyenne; la matité s'accroît dans la région iliaque de cette masse.

L'aspect local et l'état fébrile paraissent devoir faire supposer la présence d'une collection purulente; il semble même qu'il existe une fluctuation obscure; et le jour où M. Mayor arrive décidé, si rien n'est changé, à demander qu'on lui adjoigne un chirurgien, il trouve que, dans la nuit, l'enfant a rendu une très forte selle de consistance crémeuse que malheureusement on s'est empressé de jeter, son odeur étant infecte. Le ventre a totalement changé d'aspect : il est plat, souple; la tuméfaction abdominale n'est plus représentée que par une petite masse indurée, grosse comme le poing et siégeant dans la fosse iliaque.

De ce jour, la fièvre cesse, la langue se nettoie, l'appétit reparait. Il n'y a plus que quelques douleurs passagères dans la fosse iliaque. Cependant la pression sur la masse indurée est encore douloureuse. Voyant que la collection

purulente ne se reforme pas, M. Mayor fait cesser l'usage des cataplasmes et bientôt commence des badigeonnages de teinture d'iode. D'autre part, aux aliments liquides on joint les purées, les bouillies, puis les viandes molles ou pulpeuses. Les fonctions intestinales sont régularisées par des lavements journaliers.

Dix jours après l'ouverture de l'abcès, la tumeur qui occupe la région de l'S iliaque a pris l'aspect d'une sorte de boudin cylindrique plus ou moins irrégulier à sa surface, et qui diminue chaque jour de consistance et de volume. Bientôt on peut lever l'enfant. La guérison définitive suit de près. Instruit par cette douloureuse expérience, le petit malade donne plus d'attention à la régularité de ses selles et jamais il ne présente de nouveaux accidents du côté de l'intestin. (Il a maintenant dix-huit ans et se porte fort bien.)

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Dr Mayor.)

M. X, médecin, âgé d'une quarantaine d'années, présente depuis assez longtemps déjà des troubles de digestion. Il se plaint surtout de douleurs et de fringales qui semblent indiquer un état d'hyperchlorhydrie sans hyper-sécrétion gastrique notable (au moins n'y a-t-il pas de vomissements). Ces crises douloureuses ne se produisent jamais que pendant les chaleurs ; elles sont journalières, exigent des repas fréquents, mais peuvent être soulagées aussi par l'ingestion de fortes doses de bicarbonate de soude. En 1892, sous l'influence d'un régime sévère, elles

ne se sont pas montrées ou plutôt n'ont eu quelque tendance à reparaitre que lorsqu'il y a eu écarts de régime. Par contre, au mois de juin, le malade a été pris subitement de douleurs vives dans l'S iliaque qui l'ont amené à venir consulter M. le D^r Mayor. Il n'est point habituellement constipé, mais il présente un phénomène assez commun chez les entéroptosés, et qui est dû évidemment à un trouble de fonctionnement dans l'S iliaque. Fréquemment, sans qu'il puisse en dire la raison, il lui semble que des gaz luttent pour sortir de l'intestin ; ils descendent le long du côlon, pénètrent dans l'S iliaque, et là, paraissent rencontrer un obstacle qui les fait rétrograder. Ils sont ramenés encore plusieurs fois de haut en bas ; parfois ils semblent s'accumuler dans l'S iliaque et donnent lieu à une sensation de gonflement, de tension douloureuse. Puis ils pénètrent tout à coup dans le rectum qui les expulse ; mais ils sont remplacés bientôt par de nouveaux venus qu'envoient les régions supérieures de l'intestin. Ces phénomènes, en général plus gênants que douloureux, s'accompagnent quelquefois cependant de sensations désagréables.

La veille du jour où il vint consulter, ce médecin, pendant qu'il faisait ses visites, avait senti tout à coup une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, douleur qui, accompagnée de nausées, l'avait forcé à entrer chez un client et à s'y reposer assez longtemps. La nuit avait été mauvaise, sans fièvre néanmoins. Le lendemain il venait chez M. le D^r Mayor, mais le trajet en chemin de fer et la marche avaient réveillé des douleurs assez accentuées. En effet, la moindre pression sur la région iliaque détermine une sensation assez pénible pour empêcher tout

examen un peu approfondi. On lui conseille le repos au lit, les cataplasmes, l'alimentation liquide ou les bouillies et les purées, le benzonaphtol à l'intérieur et, s'il y a nécessité, un lavement émollient chaque jour. Deux jours plus tard, M. le Dr Mayor va voir son confrère : il n'a pas eu de fièvre; les douleurs ont graduellement diminué. La palpation est devenue possible; l'S iliaque est manifestement dure, tuméfiée, douloureuse à la pression. Aucun signe évident d'entéroptose.

Le lendemain, le Docteur put se lever un peu; graduellement les douleurs disparurent, l'S iliaque redevint normale; la marche put être reprise peu à peu sans inconvénients.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Dr Mayor.)

Malade vue en consultation par les D^{rs} Mayor et Gerlier, le 5 mai 1896. Agée de vingt-deux ans, domestique, jouit en général d'une bonne santé. Prise le 12 avril de frissons, d'inappétence, de malaises divers, elle s'administre un purgatif, d'autant mieux indiqué qu'elle est sujette à la constipation habituelle. Une amélioration s'ensuit qui n'est que passagère. Elle quitte alors sa place et fait appeler le Dr Gerlier, de Fernay, qui, le 22 avril, la trouve encore debout, mais offrant l'aspect typhoïde : regard éteint, facies hébété, lèvres tremblotantes, sèches, fuligineuses; langue rouge à la pointe et sur les bords. M. Gerlier recherche aussitôt le gargouillement iliaque et l'augmentation de la matité splénique, mais sans les trou-

ver. Par contre, le foie, quoique de dimensions normales, est douloureux à la percussion et des ronchus s'entendent aux bases des deux poumons; le pouls est à 100, la température à 39°4. Le ventre n'est pas ballonné et il n'y a pas de diarrhée. Mais la malade se plaint d'éprouver des coliques avant chaque selle et de ressentir, dans la fosse iliaque gauche, une douleur que la toux et les mouvements exagèrent. A ce niveau, M. Gerlier constate, en effet, l'existence d'une tuméfaction demi-molle, bosselée, douloureuse, un peu sonore à la percussion, qui plonge dans le petit bassin et remonte jusqu'au-dessus du ligament iléo-pubien. Elle occupe ainsi la place qui devait être celle de l'S iliaque et atteint la grosseur d'une tête de fœtus. M. Gerlier diagnostique une sigmoïdite, cherche à combattre la fièvre par les lavages froids et la quinine, à dégager l'intestin par des lavements boriqués, et prescrit la diète liquide.

Les lavements sont mal supportés. Néanmoins, après quelques jours, le 26 avril, l'état général s'améliore, le sommeil revient, la congestion pulmonaire disparaît. Mais le foie reste douloureux, la langue n'a pas changé d'aspect et l'état local ne s'est pas modifié. Cependant la température, étant devenue normale, la quinine et les lavages sont supprimés. Cataplasmes, benzonaphtol et lavements.

Deux jours après, la tuméfaction commence à diminuer. Mais, le 2 mai, nouvelle poussée aiguë. P. = 100, T. = 40 degrés. La tumeur a augmenté et est devenue beaucoup plus douloureuse; on y perçoit une fluctuation nette. C'est à ce moment que M. Gerlier prévient M. Mayor qui, malheureusement, ne peut voir la malade que le 5 mai, et dans l'intervalle, le 4 au matin, la scène a changé.

La malade a rendu en abondance du pus par le rectum, la tumeur a diminué de moitié, la fièvre est tombée, l'état général est infiniment meilleur.

Le 5, il ne reste qu'à constater cette entrée en convalescence, mais on retrouve un boudin dur, encore douloureux, occupant, dans la fosse iliaque le siège exact de l'intestin dont il suit la direction.

L'histoire de la maladie est donc facile à reconstituer : sigmoïdite ayant débuté le 12 avril ; amélioration passagère par le purgatif ; continuation de l'évolution de la maladie qui amène la constitution d'une përisigmoïdite, d'une përitonite localisée, caractérisée par la tuméfaction sonore constatée par M. Gerlier. Déjà, à cette époque, la përitonite enkystée devait être suppurative, l'état général rend cette supposition plausible sans qu'elle puisse devenir une certitude, puisqu'il y a bientôt une amélioration considérable, avec chute de température. Mais sous l'influence d'une imprudence légère, inavouée, la marche aiguë reprend et l'abcès désormais manifeste ne tarde pas s'ouvrir dans l'intestin.

Comme c'est le cas habituellement et, malgré une surveillance attentive, c'est lentement que cette përisigmoïdite terminée par évacuation du pus dans l'intestin a évolué vers la guérison. Le 10 juin, la malade se levait, marchait ; on ne constatait plus de tumeur ; mais dans la station debout, l'attitude restait penchée et toute tentative de redressement complet du tronc rappelait encore de la douleur au niveau du foyer ancien.

Dans cette observation il y a lieu de noter la constipation habituelle dont souffrait la malade et le fait d'une dysenterie antérieure, en 1814. M. le professeur Mayor est,

dans le cas spécial, porté à admettre que la sigmoïdite qui a évolué sous ses yeux n'est qu'une complication éloignée de la dysenterie qui aurait été une cause d'affaiblissement de la résistance de la muqueuse vis-à-vis des infections ultérieures possibles. Une cicatrice datant de cette époque et pouvant offrir une porte mal gardée au microbe envahisseur ; l'irritation produite par la constipation habituelle contribuait à forcer cette porte ; une digestion médiocre ou toute autre circonstance exaltant la virulence des hôtes habituels ou accidentels de l'intestin, telles sont, pour M. le professeur Mayor, les trois circonstances étiologiques qui, réunies, ont pu, dans ce cas, donner lieu à l'inflammation de la paroi de l'S iliaque et à l'abcès périsigmoïdique qui lui a succédé.

OBSERVATION VI

(Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, n° de janvier 1897, communication de M. Galliard.)

L..., Henriette, vingt-cinq ans, cuisinière, est admise, le 28 novembre 1896, dans le service de M. Galliard, à l'hôpital Tenon, salle Claude-Bernard, n° 12.

Père mort d'affection cérébrale. Mère morte d'affection cardiaque.

A l'âge de huit ans, la patiente a eu la fièvre typhoïde ; à vingt-quatre ans, la grippe. Pas d'autre maladie sérieuse. Constipation habituelle. Pas d'affection gastrique.

Il y a deux mois, les règles ayant été supprimées à la suite d'un refroidissement, la malade souffrit de cépha-

lalgie et de douleur au côté; un médecin, appelé, lui prescrivit une purgation. Les dernières règles, peu abondantes, ont été accompagnées de douleurs lombaires. La période menstruelle était terminée depuis une douzaine de jours, lorsque la malade éprouva de vives douleurs abdominales.

Le médecin de la ville fit le diagnostic de métrite et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Le 28 novembre (soir), la température vaginale est de 39°1.

Le 29 novembre, la malade est abattue, prostrée, avec les yeux cerclés de noir et les traits tirés, se plaignant d'un violent mal de tête, de douleurs temporales et d'une sensation de constriction pénible. Elle accuse, en outre, une vive douleur au niveau de la fosse iliaque gauche; elle déclare que, depuis huit jours, elle n'a pas été à la selle, mais elle a émis du gaz par l'anus. Depuis deux jours, elle vomit les aliments solides et les boissons. Elle a la bouche sèche, la langue chargée. T. = 38°5. Pouls large.

L'utérus fournit un peu de sang.

En examinant la fosse iliaque gauche, on y constate une tumeur un peu moins grosse que le poing, sans contours absolument précis, peu mobile, paraissant faire corps avec l'S iliaque, non fluctuante. Elle ne se laisse pas déprimer comme le ferait une masse stercorale. A son niveau, pas d'œdème de la paroi, pas de rougeur de la peau.

La palpation provoque de la douleur.

Pas de météorisme; aucun signe de réaction péritonéale. Pas de symptômes thoraciques. Pas d'albuminurie. En cherchant les phénomènes nerveux, on trouve de l'hémi-anesthésie droite.

S'agit-il d'une phlegmasie de l'S iliaque liée à la copro-

stase ? S'agit-il d'une salpingite avec phlegmon iliaque et parésie de l'intestin ?

Le toucher rectal ne fournit aucun résultat. Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est sain et mobile, que les culs-de-sac sont libres, que les annexes sont indemnes. Il faut donc admettre une sigmoïdite aiguë avec përisigmoïdite.

Lavement purgatif. Frictions chloroformées et laudanisées. Cataplasmes chauds. Régime lacté.

Le soir, 38°6. Antipyrine, 1 gramme.

Le 30 novembre, 38°5. Légère amélioration. Moins de céphalalgie, moins de prostration. Les vomissements ont cessé. Pas de garde-robes. Même état de l'abdomen. Encore un lavement.

Le soir, 39°1. Antipyrine, 1 gramme.

Le 1^{er} décembre, la métrorrhagie a cessé. La malade a pris un verre d'eau de Sedlitz. On constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Même état de la tumeur qui est peu douloureuse à la palpation : 38°1.

A 5 heures du soir, 38°3. Plusieurs selles molles.

Dans la soirée, la malade se met à vomir des mucosités. Elle éprouve un grand malaise ; on cherche l'interne de garde. Glace, eau de Seltz.

Le 2 décembre, amélioration, 37°4. Les vomissements ont cessé. Scammonée, 1 gramme. Le soir, 38 degrés. Evacuations diarrhéiques, non purulentes.

Le 3 décembre, 37°4. Coliques. Douleurs péri-ombilicales. Encore des selles copieuses. La langue est chargée, saburrale. La tumeur diminue progressivement et devient mobile.

OBSERVATION VII (inédite).

V. A..., trente-deux ans, tourneur à Lyon et y habitant.

Jamais malade, mais toujours constipé. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit 10, service de M. le D^r Jaboulay, 15 novembre 1897.

Il y a huit mois, a commencé à souffrir dans la fosse iliaque gauche : la douleur était continue, sourde et permettait encore au malade de se livrer à son travail.

En septembre, le malade se rend compte qu'il s'est formé au côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume d'une noix et lui paraissant profonde. Il rattache à cette tumeur les douleurs spontanées qu'il éprouve et qui exaspèrent la pression.

Il consulte un médecin qui lui ordonne un régime alimentaire (lait, végétaux, etc.) et des laxatifs fréquemment répétés. Les selles se régularisent sous l'influence de cette hygiène nouvelle, mais la tumeur ne disparaît pas, et le malade, inquiet, entre à l'Hôtel-Dieu.

L'état général est excellent ; on trouve dans la région indiquée par le malade une tumeur bosselée, douloureuse à la pression et qu'il est facile de faire rouler sous le doigt. On l'évalue au volume d'une orange et malgré l'état satisfaisant du malade, on conclut à un néoplasme difficile à localiser. D'ailleurs, le malade dit avoir eu quelquefois des hémorragies intestinales peu abondantes, le sang apparaissant surtout à la fin de la défécation.

L'intervention est décidée et l'opération pratiquée le 23 novembre.

Opération. — Incision parallèle à l'arcade crurale et à 1 centimètre au-dessus. On trouve une poche formant kyste autour du côlon sigmoïde. On ramène avec des tampons et les doigts un mélange de pus et de matières fécales dont l'odeur rappelle celle du pus d'appendicite. On se trouve en présence d'une poche communiquant avec l'intestin par une ulcération siégeant sur la paroi de celui-ci et ayant formé une péritonite enkystée développée sans grande réaction douloureuse ni fébrile.

On draine avec de la gaze; pas de suture, mais un simple point de contention pour maintenir deux tampons obstruant la plaie.

L'opération avait duré vingt minutes. Le malade n'a pas vomi et les suites opératoires ont été parfaites. Soir, T. = 37°8.

24 novembre. — T. = 38 degrés et 38°4. Pas de selles. Le malade urine bien, ne vomit pas.

25 novembre. — T. = 38°3 et 38°1. L'état général est excellent. Limonade citrique et lait.

27 novembre. — 1^{er} pansement : On enlève le fil métallique. La plaie est en bon état; ses bords s'en écartent légèrement. On y laisse les tampons. Le malade n'est pas encore allé à la selle.

29 novembre. — 2^{me} pansement : On enlève les deux tampons. La plaie ne bourgeonne pas. Pas de pus; un peu de matières fécales. Pas de météorisme. Ventre non douloureux. Pas de température.

Le malade n'a pas encore eu de selle ni de gaz, mais il accuse de lui-même quelques gargouillements au niveau de sa plaie.

Il mange pour la première fois un morceau de volaille et quelques pruneaux,

30 novembre. — 3^{me} pansement : Sortie d'abondantes matières fécales non mêlées de pus par la plaie largement ouverte. Un véritable anus contre nature s'est formé. Le malade n'a pas eu de selles, mais quelques gaz.

1^{er} décembre. — 4^{me} pansement : L'état général est excellent ; pas de température. Les matières sortent assez abondantes par la plaie.

L'ensemble des signes constatés reste le même pendant quelques jours, jusqu'au 9 décembre où le malade va abondamment à la selle. Les matières émises sont comme moulées.

Depuis cette date, l'état général reste bon, le malade dort bien et mange de bon appétit. Il va à la selle tous les deux ou trois jours et, chaque matin, on change son pansement souillé au début par d'abondantes matières fécales qui paraissent maintenant diminuer un peu.

Chez ce malade, on s'est donc trouvé en face d'une inflammation subaiguë de l'S iliaque accompagnée d'une péritonite enkystée due à la stagnation stercorale. Cet ensemble peut être qualifié : sigmoïdite et pérисigmoïdite. L'intervention a été favorable au malade puisqu'elle l'a débarrassé de la cause de son infection ; l'anus contre nature qui s'est formé est un mode heureux de guérison, mais il est à supposer que, dans ce cas comme dans celui qui va suivre, la fermeture complète de cet anus sera longue à venir et nécessitera sans doute une nouvelle intervention.

OBSERVATION VIII (inédite).

M. J..., employé des télégraphes, trente-deux ans. Rien dans les antécédents, mais habituellement constipé.

Le malade raconte que dans la nuit du 16 au 17 janvier 1897, il fut pris de légères coliques suivies de selles mêlées de sang.

Le lendemain et les jours suivants le malade allait à la selle dix à douze fois par jour ; les évacuations étaient diarrhéiques et sanguinolentes.

Le médecin appelé institua le régime lacté et ordonna des poudres absorbantes.

Mais les fonctions intestinales restèrent compromises et, en juin dernier, le malade accusa de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche et fut obligé de s'aliter. Sur le conseil de son médecin il entra à l'Hôtel-Dieu le 16 juillet, dans le service de M. le Dr Jaboulay.

On constata alors dans la fosse iliaque gauche un boudin volumineux, long d'environ 12 centimètres, dur à la pression, peu mobile, douloureux. L'aspect général du malade est cachectique ; il a maigri beaucoup, n'a pas d'appétit ; souffre continuellement ; les évacuations dysentériques le fatiguent beaucoup. On songe, comme dans le cas précédent, à un néoplasme du côlon descendant et on décide d'intervenir.

L'opération est pratiquée le 17 juillet. On arrive comme chez le malade de l'observation VIII, sur un boudin ster-

coral perdu dans une anse sigmoïde rouge, tuméfiée, ecchy-motique, séro-purulente.

Le lendemain de l'opération, le malade eut encore quelques selles, mais le 18 juillet il ne rendit rien par l'anus tandis qu'on trouvait un pansement souillé par un magma fécaloïde d'odeur infecte.

Les jours suivants, le malade continua à vider son intestin par cet anus contre nature et n'eut plus de selles proprement dites.

La fièvre n'a jamais été manifeste. Le malade est resté pendant dix jours à la limonade citrique et au lait puis a commencé à manger quelques aliments légers.

Il fut pansé régulièrement tous les jours et l'état général s'améliorant rapidement, il put quitter l'Hôtel-Dieu le 10 août.

Nous avons eu depuis des nouvelles de ce malade. actuellement, la diarrhée a disparu; mais il va toujours à la selle par son anus artificiel, tandis qu'il ne rend par le rectum que quelques filaments muco-sanguinolents tous les quatre ou cinq jours.

Les douleurs ont complètement disparu, l'appétit est bon et, à part l'infirmité dont souffre encore le malade, l'état général est parfait.

Dans ce cas particulier, on s'est donc trouvé en présence d'une dysentérique ayant dans son Siliac une véritable banquise stercorale permettant encore l'évacuation des fèces. L'anse sigmoïde se trouvait déjà par le fait de la dysenterie en état de moindre résistance et on s'explique ainsi plus facilement encore le processus inflammatoire dont elle a été le siège.

OBSERVATION IX (inédite ¹).

H..., soixante ans, entre en juillet 1886, dans le service de M. le Dr Gangolphe à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une affection inflammatoire de la fosse iliaque gauche ayant débuté douze ou quinze jours avant. On constate une tuméfaction siégeant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche et faisant saillie légère à la surface de la paroi abdominale. Rougeur à la peau. Ventre en bateau. Pas de phénomènes d'occlusion intestinale ni de vomissements. Coliques douloureuses. Etat nauséeux. Malade amaigri, cachectique, fébricitant.

On ordonne provisoirement : cataplasmes. Repos au lit et quelques lavements.

Au bout de deux ou trois jours, la douleur est toujours très vive et l'état général ne fait que s'aggraver. On intervient.

Incision parallèle de l'arcade crurale comprenant peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévrose et plan musculaire. On essaie d'abord de suivre la voie sous-péritonéale et d'arriver de cette façon sur la collection.

Malgré tous ses efforts, M. le professeur Gangolphe est obligé d'ouvrir le péritoine qui offre alors des

¹ Nous devons cette observation à la bienveillante obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, à qui nous adressons nos respectueux remerciements.

cavités cloisonnées avec un liquide citrin et séro-purulent. En décollant quelques adhérences, on trouve une masse rouge violacée recouverte d'exsudats fibrineux adhérents épais et sur la nature desquels on reste indécis.

Une ponction est faite dans cette tumeur avec une aiguille de Pravaz ; elle ne ramène ni liquide, ni gaz.

L'impression de tous les assistants est qu'il s'agit d'un néoplasme avec phénomènes de péritonite et d'inflammation.

On met un drain et on fait un tamponnement à la gaze iodoformée. Les jours suivants, le malade paraît soulagé ; il a quelques selles. La température assez élevée avant l'opération a notablement baissé. Pas de phénomènes de péritonite généralisée. Toutefois l'état général devient de plus en plus mauvais et le malade meurt en huit jours dans la cachexie et le marasme.

L'autopsie fut pratiquée et alors qu'on s'attendait à trouver une tumeur, on fut très surpris de ne rencontrer qu'une S iliaque indurée, violacée, entourée d'exsudats et de péritonite localisée : le néoplasme n'était autre chose qu'une sigmoïdite.

Nous terminerons ce chapitre de clinique en mettant ici quelques considérations relatives à un malade que M. le Dr Jaboulay eut à soigner en 1892 à l'Hôtel-Dieu.

Ils'agissait d'un Hongrois sujet depuis longtemps à une constipation opiniâtre et se plaignant de vives douleurs dans le flanc gauche. Il y avait en même temps des signes de péritonite.

Le malade était amaigri, presque cachectique ; la bouche était sèche et la langue chargée. Au bout de quelques jours d'observation pendant lesquels on avait donné des

lavement; et fait des applications de glace sur le ventre, l'état général ne s'améliorant pas et la péritonite persistant l'intervention fut décidée.

Monsieur le D^r Jaboulay pratiqua un anus contre nature sur la jonction du côlon et de l'S iliaque; cette opération montra un point du gros intestin qui était ulcéré et qui était la cause de la réaction péritonéale avoisinante. Celle-ci ne fut pas arrêtée, et le malade succombait huit jours après.

L'autopsie qui fut pratiquée montra qu'il n'y avait pas de néoplasme comme on l'avait supposé et qu'il ne s'agissait que d'une inflammation de l'S iliaque et du côlon descendant ayant entraîné une péritonite.

CHAPITRE III

INDICATIONS HYGIÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Reconnaître l'existence de la sigmoïdite, problème souvent hérissé de difficultés extrêmes ; la maladie une fois reconnue, savoir discerner si l'on est en présence d'un cas où la direction doit suffire ou si une intervention à bref délai s'impose ; le traitement médical reconnu suffisant, le formuler sans les hésitations, les tâtonnements bien naturels après les discordances sur la thérapeutique de l'intestin ; surveiller la marche des accidents qui à chaque instant peuvent changer et dicter des résolutions nouvelles, tel est le rôle du médecin appelé auprès du malade.

Mais avant d'entrer dans cette étude des moyens dont peut disposer le praticien, nous croyons qu'il n'est pas inutile de dire en quelques mots et de bien préciser les règles hygiéniques qui devront être instituées sévèrement dans le cas qui nous occupe.

Nous avons dit dans notre premier chapitre que la grande cause de la sigmoïdite, c'était la constipation qui joue d'ailleurs un bien grand rôle dans toute la pathologie de l'intestin. Le principe fondamental de l'hygiène nécessaire, c'est donc la purgation fréquente. Celle-ci devra être faite avec des substances peu irritantes. Elle doit

exclure tous les drastiques. Le purgatif idéal, c'est le sulfate de soude, le purgatif le mieux supporté même par les intestins usés par la dysenterie¹. Toutes les eaux purgatives peuvent être utilisées; la magnésie anglaise, le sulfate de magnésie.

Les purgatifs devront être complétés par les lavements. Il est inutile de chercher pour ceux-ci une action thérapeutique énergique. Ces lavements doivent favoriser et compléter l'évacuation sans grande prétention à une action topique.

Chez tous les individus sujets à l'engorgement iliaque, l'hygiène alimentaire et surtout le régime d'évacuation devront être surveillés.

La stase stercorale persistera si l'on néglige de traiter la constipation qui en est la cause occasionnelle, ainsi que les troubles gastriques dont la coexistence est très fréquente. La répétition des accidents entraîne alors l'inflammation des parois de l'S iliaque, irritées par les scybales, par les résidus résultant des fermentations gastro-intestinales; la muqueuse s'exulcère, les parois de l'S iliaque s'infiltrent: la sigmoïdite proprement dite est constituée. La séreuse peut, à son tour, s'infecter et réagir, et la périsigmoïdite entrer en scène. Remarquons cependant que les accidents péritonéaux restent localisés, qu'il s'agit d'une péritonite adhésive sans tendance à la généralisation.

Ce sont ces constipés iliaques qu'il y a surtout lieu d'engager à se présenter à la garde-robe tous les jours à la même heure. Ainsi que le dit Trousseau: « la volonté et

¹ *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1897.
Dr Lucas Championnière.

une volonté patiente et régulièrement appliquée, triomphe le plus souvent de la constipation ».

Il faudra aussi ne pas négliger le régime alimentaire. Plus l'alimentation est végétale, plus les fèces sont abondantes ; aussi faut-il prescrire un large usage de végétaux surtout de ceux qui laissent de grands résidus de cellulose : oseille, raves, salades, etc.

Est-il besoin d'insister pour qu'on recommande au malade de ne pas s'immobiliser ? L'exercice — modéré s'entend — ne peut que favoriser les fonctions intestinales ; il est donc à préconiser.

En observant rigoureusement toutes ces règles d'hygiène, on évitera le plus souvent les surprises d'un accident aigu comme ceux qui sont indiqués dans nos observations. Mais supposons maintenant que cet accident éclate : qu'y aura-t-il lieu de faire ?

Kean a dit que, « en présence d'une appendicite, la première indication pour un médecin est d'appeler un chirurgien ». En outre, qu'il y a là pour l'appendicite une exagération, il y aurait pour la sigmoïdite une erreur. Le rôle du médecin, quand il est bien compris, peut largement suffire : les observations de M. le professeur Mayor sont là pour le prouver. Que fera donc le médecin ?

Notons que le malade souffre, qu'il est constipé et qu'il est sous la menace d'une intoxication par rétention stercorale. Il y a là une triple indication thérapeutique à remplir.

Il nous paraît indispensable de renoncer à l'opium employé dans le but de calmer l'intestin, de le reposer dans la crainte de la propagation de ses lésions au péritoine. Mais il est impossible d'oublier que, devant certaines dou-

leurs, on ne saurait rester désarmé. Dans ces cas, pourquoi ne pas recourir à la seule arme qu'emploient, depuis plus de vingt années, bon nombre de chirurgiens dans les cas de hernie étranglée ou d'accidents herniaires, l'injection de morphine infiniment plus puissante que l'opium à l'intérieur, mais beaucoup moins paralysante pour l'intestin.

On appliquera aussi avec avantage, comme l'ont fait MM. Mayor et Gaugolphe, des cataplasmes laudanisés, des vessies de glace.

Quand on aura ainsi lutté contre la douleur, on devra combattre la constipation et prévoir ainsi l'auto-infection qui en pourrait résulter.

Les médecins d'autrefois attachaient à l'évacuation artificielle de l'intestin, à la *purgation*, une importance que nous avons presque oubliée. Ils l'imposaient à titre d'hygiène commune et leur prescription avait certainement pour origine l'observation des inconvénients de l'engorgement intestinal.

Ils savaient, ce que l'expérimentation moderne vient de vérifier, que l'antiseptie intestinale la plus parfaite résulte de la purgation.

On donnera aussi de grandes irrigations intestinales comme le recommande le professeur Bouchard.

De plus, on soumettra le malade au repos absolu et au régime lacté exclusif. On pourra aussi user des antiseptiques intestinaux : benzol, aphtol, salol, etc.

Si les accidents disparaissent, peu à peu on reviendra à une alimentation substantielle, avec les réserves indiquées par M. le professeur Mayor et l'hygiène de la convalescence devra se continuer longtemps et pour ainsi dire toujours.

Mais si, au lieu de rétrocéder, les phénomènes inflammatoires ne font que s'accroître, si surtout l'état général devient mauvais et typhoïde, si le boudin iliaque persiste ou ne disparaît qu'incomplètement, si les douleurs de la fosse iliaque restent stationnaires, il faudra intervenir chirurgicalement, comme l'ont fait MM. Jaboulay et Gangolphe.

Il faut alors à tout prix aller au-devant de la collection qui s'est formée, l'évacuer et drainer.

Si une perforation intestinale se forme tôt ou tard, si un anus contre nature succède à l'intervention, on se contentera des soins et des précautions indiqués en pareil cas. On attendra le retour complet à la santé et l'on interviendra dans la suite, pour cet anus iliaque, par les procédés classiques en usage en pareil cas.

Si nous avons si longuement insisté sur l'utilité de la purgation et de la morphine, c'est que nous nous rappelons toutes les discussions qui ont eu lieu sur le traitement médical de l'appendicite. Certains auteurs — et des plus autorisés — veulent que l'on utilise l'opium et que l'on constipe le malade. Nous n'avons pas à entrer dans les détails de cette discussion. Mais en terminant notre chapitre de thérapeutique, nous tenons à faire remarquer que constiper un malade atteint de sigmoïdite serait un non-sens, puisque la maladie a déjà pour cause la constipation. L'indication est donc, au contraire, de combattre la cause pour voir disparaître l'effet.

CONCLUSIONS

I. La sigmoïdite, l'inflammation essentielle de l'S iliaque, en tant qu'entité morbide caractérisée, existe réellement.

II. Elle reconnaît pour cause habituelle la constipation iliaque, la coprostase.

III. L'inflammation peut rester localisée à la muqueuse et autres tuniques de l'anse sigmoïde; elle peut aussi s'étendre dans le voisinage et constituer ainsi la péricolite.

IV. Elle se révèle par la présence d'un boudin iliaque dur et douloureux et par des phénomènes de réaction locale et générale. Elle est d'ailleurs le plus souvent difficile à diagnostiquer.

V. En vue de l'éventualité d'un accident aigu, les règles hygiéniques dirigées contre la constipation seront une arme puissante.

VI. Si l'accident éclate, il faut d'abord intervenir médicalement par la morphine et les évacuants intestinaux. Si l'état général s'aggrave, si les phénomènes inflammatoires s'accroissent, l'intervention s'impose.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
BONDET

Vu : LE DOYEN,
LORTET

Permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

